

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

*Гренков. Г.И. , Зверев Л.А., Побойкин А.И.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

По литературным данным в общей структуре травматизма населения при несчастных случаях доля торакальных повреждений составляет 8-10% , причем тупая торакальная травма в мирное время стоит на первом месте. Травмы играют значительную роль в структуре смертности населения разных стран, особенно в группе наиболее трудоспособного населения. Среди причин сочетанных травм груди основное место занимают дорожно-транспортные происшествия (55%-93%), несчастные случаи на производстве, в быту, спорте. Соотношение мужчины – женщины составляют примерно 3:1. Переломы ребер и грудины диагностируются у 60-80% больных с торакальной травмой. Из них имеют множественные переломы ребер до 60%. Другие сопутствующие заболевания при травме грудной клетки это гемоторакс и пневмоторакс (35%), ушиб легкого (20%), сотрясение и ушиб сердца, разрыв аорты бронха, диафрагмы. (1-4).

Нашей задачей было определение алгоритма диагностических приемов, их значимости при обследовании пациентов с закрытой травмой грудной клетки в условиях рентгенологического отделения. Изучение рентгенологических особенностей диагностики закрытых повреждений грудной клетки, частоту их диагностирования, провести анализ структуры повреждений грудной клетки при тупой травме. За период с 2007 по 2008 годы нами были изучены результаты рентгенологических исследований у 281 больного, получившего торакальную травму.

Рентгенологический метод относится к числу наиболее информативных и доступных методов диагностики повреждений груди и органов грудной полости. Правильно проведенное рентгенологическое исследование позволяет повысить эффективность диагностики и сократить число диагностических ошибок. Кроме того, при динамическом рентгенологическом исследовании удастся объективно оценить течение патологического процесса, своевременно распознать осложнения и определить эффективность лечения. Практически все больные, получившие травму груди, нуждаются в первичных и повторных рентгенологических исследованиях. Всем исследуемым пациентам в день поступления была

произведена обзорная рентгенография органов грудной клетки, боковая рентгенография – при необходимости. Пациентам, у которых на обзорной рентгенограмме были выявлены признаки повреждения легких и костей грудной клетки выполнялась рентгеноскопия сочетающейся с прицельной рентгенографией.

С ушибами грудной клетки, т.е. без повреждения легких и нарушения целостности костей выявлено 17 случаев. Число пациентов с переломами костей грудной клетки, но без повреждения легких составило 124, из них с переломами ребер – 117, ключицы – 3, грудины – 4. Следует отметить, что переломы 1-2 ребер в подавляющем большинстве сопровождались с переломами ключицы и грудины, которая чаще ломалась в области тела, реже рукоятки. Повреждения легкого в сочетании с нарушением костей грудной клетки выявлено у 140 пациентов. Достоверными симптомами повреждения легкого были межмышечная и подкожная эмфизема, пневмоторакс, гемоторакс. Рентгенологическая семиотика этих признаков широко известна. При ушибе легких отмечались затемнения облаковидной формы с нечеткими контурами, обычно против места перелома ребер, либо множественные мелкие очаги, рассеянные по всей поверхности легкого. Следует отметить, что наличие этих теней не совпадало с границами долей и сегментов.

Выявлялись дисковидные и долевы ателектазы. Они возникали вследствие плевро-легочных рефлюксов, нарушением бронхиальной проходимости. Разрывы легкого с повреждением висцеральной плевры возникали примерно с такой же частотой, что и ушиб легкого. Рентгенологическая диагностика данного повреждения базировалась на выявлении пневмоторакса, а также пневмомедиастинума, межмышечной и подкожной эмфиземы.

Таким образом, обычное рентгенологическое исследование позволяет с высокой эффективностью при травме грудной клетки определить объем повреждения, а при контрольных исследованиях – наступающие осложнения и отдаленные последствия травмы. Это тем более важно, так как обследование таких больных клиническими приемами часто невозможно (резкая болезненность, подкожная эмфизема, кровотечение). Обязательной должна быть рентгенограмма грудной клетки, произведенная тотчас при поступлении больного, затем динамическое наблюдение в течение четырех суток (и особенно на следующий день). Обычно необходимо выполнять обзорный снимок в прямой проекции и по показаниям в других. У тяжелобольных снимки производятся в положении лежа. Тяжелый шок не является противопоказанием для рентгенологического исследования, так как результаты его позволят существенно сократить диагностический период и повысить эффективность лечебных мероприятий.

При осмотре больных необходимо тщательно исследовать сторону, противоположную травме, так как наблюдаются так называемые контралатеральные изменения – дисковидные ателектазы. Чаще встречались ателектазы средней доли при травме левой половины грудной клетки (6%).

Поскольку сложную задачу представляет дифференциальная диагностика контузии и отека легких – решающее значение здесь имеет динамика сканалогических изменений в легких.

Нужно всегда помнить о важности и частой встречаемости повреждений легочной ткани при закрытых травмах грудной клетки. Рентгенологическое исследование оказывает высокоэффективную помощь в выборе тактики и лечении больных,

позволяют провести дифференциальную диагностику контузии легочной ткани, посттравматической пневмонии, отека легких.

Литература:

1. Кишковский А.Н., Тютин Л.А. Неотложная рентгенодиагностика: Руководство для врачей – М.: Медицина, 1989. - 464с.
2. Holger Pettersson Общее руководство по радиологии / Институт NICER, 1995. – 910с.
3. Щербатенко М.К., Береснева Э.А. Рентгенодиагностика пневмоний при закрытых травмах грудной клетки. Клин. мед., 1971. №5, - С.29-44
4. Щербатенко М.К., Береснева Э.А. Методические рекомендации по организации, проведению и обеспечению экстренных рентгенологических исследований в больницах скорой медицинской помощи. – М., 1980 - 28с.